

Trabajo Final de Máster

## **Empoderamiento y recuperación del usuario a través de la Rehabilitación Psicosocial**

**Autora:** Lorena García Cebrian

**Tutor:** Mariano Hernández Monsalve

**Fecha de lectura:** 27 de Julio de 2020

Resumen:

Este trabajo tiene como propósito desarrollar un Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR) por y para una persona usuaria de un centro residencial de salud mental. Dicho usuario, se llama J. tiene 40 años y es natural de Murcia. Desde su infancia J. ha estado en contacto con recursos de salud mental debido a diversos motivos tales como el consumo perjudicial de tóxicos, alteración de conducta, problemas familiares e inicio del trastorno mental en dicha etapa vital.

La falta de contención familiar, la falta de apoyo social y la escasa adherencia a su centro de salud mental, ha dado lugar a que los recursos frecuentados por el usuario normalmente hayan sido de tipo hospitalario o residencial. Esta institucionalización sometida durante la mayor parte de su vida, ha tenido como efecto una pérdida importante de empoderamiento. Todos estos años se han caracterizado por una escasez de trabajo con el usuario, provocando así un descenso de su autonomía e independencia.

Por tanto, el objetivo de este trabajo, es lograr un cambio en la vida del usuario a partir de la idea de empoderamiento, es decir, acompañando al usuario pero dando poder y control a éste sobre su propio proceso de rehabilitación. Al mismo tiempo, se pretende reflexionar sobre aquellas dificultades que aparezcan durante el proceso. Finalmente, este trabajo pretende desarrollarse desde una perspectiva de recuperación, en la cual el usuario pueda manejar su problema de forma autónoma, se esfuerce por alcanzar su máximo potencial y consiga un nuevo y positivo sentido de sí mismo. El usuario comenzará un proceso que implicará un cambio de valores, habilidades, sentimientos, roles, etc, en el cual los profesionales aseguraremos en todo momento la autonomía del usuario.

Palabras clave: empoderamiento, trastorno mental, rehabilitación psicosocial, recuperación, salud mental, plan de rehabilitación individualizado, trastorno de la personalidad.

## ÍNDICE

I.	Introducción.....	Página 4
II.	Objetivos del Trabajo Fin de Máster.....	Página 5
III.	Evaluación inicial del problema.....	Página 6
IV.	Fundamentación.....	Página 7
V.	Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR).....	Página 11
A.	Evaluación Funcional.....	Página 11
1.	Fase informativa	
2.	Fase descriptiva	
	-Historial personal, familiar y social	
	-Factores predisponentes	
	-Historia clínica	
	-Descripción de síntomas actuales	
	-Factores de riesgo	
	-Factores protectores	
	-Análisis descriptivo por áreas de funcionamiento	
	-Objetivos del usuario	
B.	Diseño del Plan Individualizado de Rehabilitación.....	Página 28
1.	Fase Análisis Funcional	
2.	Fase Inferencial	
3.	Diseño de la intervención	
	-Diseño del PIR	
C.	Desarrollo del Plan.....	Página 37
	-Tratamiento y Evaluación	
	• Escalas y técnicas de evaluación	
	• Evaluación y opinión del usuario	
	• Evaluación y opinión familiar	
	• Evaluación profesional	
VI.	Referencias Bibliográficas.....	Página 47
VII.	Anexos.....	Página 49

## I. Introducción:

En primer lugar decir que la elección de la temática viene después de la reflexión sobre diversos temas que aparecieron tras la realización de mi residencia y de las practicas de éste master tales como el paternalismo, la autonomía del usuario en salud mental, el papel de los sanitarios, etc. Durante todo este tiempo pude ver y conocer los pensamientos y sentimientos que los usuarios tenían al respecto, y esto es algo que hasta que no entré en el mundo de la salud mental, nunca me había planteado.

Hace no muchos años, la situación que destacaba en España, era aquella en la que el usuario no tenía ni voz ni voto. El paternalismo predominante se manifestaba por ejemplo en tratar a un enfermo como un padre trata a su hijo pequeño, creyendo que el enfermo es invalido o incapaz biológico y mental (Gracia, 2004). Podemos decir que en este modelo paternalista es el profesional el que tiene la última decisión y no es necesaria la participación del usuario.

En el Área de salud mental, a pesar de que los avances son evidentes, el modelo paternalista sigue estando presente. Es necesario un cambio en la forma de pensar y actuar en los diferentes niveles y recursos sanitarios. En un primer lugar, este cambio tuvo como objetivo aumentar la autonomía del usuario, para más tarde evolucionar y tratar de conseguir un concepto más completo, llamado “empoderamiento”.

El concepto de “empoderamiento”, tiene su origen en el enfoque de la educación popular de los años 60 y más concretamente en el trabajo del educador Paulo Freire, el cual definió este término a través de conceptos como la emancipación de sectores marginados de la población. Durante el desarrollo de los años 70, el concepto evolucionó hacia un enfoque participativo y se basa en “un proceso de reducción de la vulnerabilidad y en el incremento de las propias capacidades de los sectores pobres y marginados, que conduce a promover entre ellos un desarrollo humano y sostenible”.(1)

Aunque en un primer momento este termino surgió para dirigirse a colectivos vulnerables económicamente, el concepto “empoderamiento” ha ido extendiéndose hacia otros colectivos vulnerables. En la actualidad, la aplicación de este término se

dirige sobretodo hacia el colectivo de mujeres. El concepto “empoderamiento” asociado a este colectivo, fue propuesto por primera vez por una red de mujeres e investigadoras (DAWN), las cuales lo definieron como “proceso por el cual las mujeres acceden al control de los recursos y refuerzan sus capacidades y protagonismo en todos los ámbitos”. Se plantea como una acción colectiva con el objetivo de cambiar la configuración que define la posición inferior de las mujeres.(1)

Con el tiempo, el término “empoderamiento” ha ido evolucionando y abarcando nuevos colectivos hasta llegar al área que nos concierne ahora, que es el área de Salud Mental.

Dentro de las estrategias del empoderamiento, será de vital importancia que la persona identifique y mejore sus propias habilidades con el objetivo de incrementar el control y la toma de decisiones, dando lugar a múltiples beneficios en el aspecto psicológico, biológico y social como aumento de autoestima y confianza, mejora de calidad de vida y sensación de conexión o contribución con la sociedad.

Este proyecto abarca dos líneas de trabajo, una más específica e individual que no es otra que la de trabajar desde el empoderamiento con un usuario real con el que se ha establecido una relación profesional durante las prácticas, y una más reflexiva sobre el papel que ejercen los profesionales de la salud en la consecución de este concepto. La actitud y el apoyo del profesional condicionaran la relación terapéutica que se forme con el usuario y en consecuencia, también condicionará su avance. El profesional de salud mental debe trabajar para conseguir una relación horizontal desde la empatía, la igualdad y la inclusión, luchando contra el estigma y dejando de lado una actitud paternalista.

## II. Objetivos del Trabajo Fin de Máster

- Objetivos generales:
  - Trabajar hacia una mejora de la calidad de vida del usuario a partir de la idea de empoderamiento y desde una perspectiva de recuperación.
  - Meditar y actuar sobre aquellas dificultades que aparezcan durante el proceso.

- Objetivos específicos:

- Llevar a cabo un proceso de evaluación de los problemas, expectativas y habilidades del usuario para la consiguiente realización del PIR.
- Garantizar la participación del usuario, planificando con él el PIR.
- Lograr una mejora de las habilidades del usuario.
- Aumento de la autonomía del usuario al finalizar el proceso.
- Crear una buena alianza terapéutica y mantener un contacto cercano y respetuoso durante todo el proceso de recuperación.

### III. Evaluación inicial del problema

- Reflexiones previas a la realización del Trabajo Fin de Máster:

Durante mi residencia de enfermera especialista y durante mi vida laboral, el contacto con la rehabilitación psicosocial ha sido escaso. Cuando realicé la residencia no rote por ningún recurso específico de rehabilitación aunque si rote por recursos que realizaban intervenciones enfocadas a ello. Por tanto, sentía cierta curiosidad en saber qué tipo de intervenciones tenían por objetivo la rehabilitación, qué papel desempeñaba el usuario, que objetivos se marcaba el usuario o el profesional, etc.

La llegada al recurso donde realicé mis horas prácticas fue extraña. Nunca había estado en un recurso de esas características, donde convivían usuarios tan diversos: autónomos, dependientes, de avanzada edad, jóvenes, patologías diversas, con y sin familia, etc.

Todos ellos compartían una cosa, aparentemente todos se encontraban estables psicopatológicamente. Pienso que lo que más me llamó la atención al llegar, fue ver que el funcionamiento del recurso era prácticamente igual para el usuario crónico, dependiente y con deterioro cognitivo que para aquel usuario joven, autónomo y sin deterioro. Todo esto, me hizo cuestionarme si se podía trabajar de otra forma.

En un principio, la selección del usuario para realizar el PIR no fue decisión mía, sino suya. Dicho usuario, por sus rasgos de personalidad, suele acercarse a aquellos trabajadores nuevos para hablar con ellos con la intención de llamar su atención, por lo que fué él quien se acercó a mí en un primer momento. Tras varias conversaciones, vi

en él un discurso más sincero y menos superficial, sin buscar impactarme, por lo que decidí que sería a este usuario al que le propondría realizar el proyecto.

Cuando inicié las prácticas, el usuario se encontraba más estable psicopatológicamente que años anteriores. Llevaba en la Residencia desde el año 2015 y estaba adaptado a su funcionamiento. Él compartía habitación con un compañero de características similares y con el que existía una buena relación. Participaba en algunas actividades ofrecidas por el recurso, especialmente en aquellas de ocio, y normalmente respetaba las normas. Habitualmente se encontraba en la residencia, ya que salía únicamente con su familia y en contadas ocasiones.

Pasado un tiempo, comencé a plantearme muchas cosas: ¿Por qué no se trabajaba de forma más individualizada? ¿Por qué se realizaban las mismas actividades para todos? Entiendo que era complejo ya que existían numerosos pacientes y con diferentes características, pero creo que una atención más individualizada es algo básico en cualquier intervención. Este aspecto fue el que más llamó mi atención, ya que muchos usuarios, incluido J., no estaban motivados para realizar ciertas actividades. Éstos sentían aburrimiento o no las consideraban útiles. Pensé que era necesario indagar en las necesidades de cada usuario.

Otro aspecto que con el paso del tiempo había cobrado más importancia, era todo lo relacionado con el diagnóstico de trastorno de personalidad. Tras mi paso por salud mental, había visto como estos usuarios habían sido tratados de manera diferente sólo por su diagnóstico y habían sido considerados como “casos perdidos” o de “difícil manejo”. Quería saber si con este usuario había ocurrido lo mismo.

Comencé a tener mayor contacto con el usuario y más conversaciones sobre su vida, sensaciones, sentimientos, etc. Generalmente lo que más mencionaba, era la sensación de no sentirse identificado con el resto de pacientes ni sentirse ubicado. Creo que esto estaba relacionado con la existencia de pacientes más crónicos y dependientes, con lo mencionado anteriormente respecto a las intervenciones y con la conciencia parcial de enfermedad del usuario. Poco a poco iban surgiendo más cuestiones en las que trabajar.

Existía otro aspecto que angustiaba al usuario: la sensación de encierro y control. Según refiere J, esto se debía principalmente a que sólo salía a la calle 2 días a la semana para realizar deporte y algún fin de semana con su familia, a que existían normas para todo y

mucha vigilancia. Mencionar que en el recurso donde J estaba, se realizaban actividades de rehabilitación con él, pero más bien tenía el funcionamiento de una residencia. La unidad era cerrada y las salidas y visitas restringidas.

Este sentimiento, me hizo pensar en un concepto comentado en estos tiempos como es el paternalismo en la sanidad. Reflexioné sobre la importancia de los profesionales en esta cuestión ya que somos nosotros los que debemos cambiar nuestra forma de pensar y trabajar, luchar por la igualdad, enfocar nuestro trabajo hacia la empatía, la escucha y el fomento de la autonomía.

La idea que tenía para la realización del PIR, era trabajar con él todas aquellas necesidades que sentía, descubriendo y fortaleciendo sus capacidades para lograr una mayor autonomía, sensación de control y calidad de vida. Desde el principio, dejamos claro que este no era un ejercicio en el que él tuviera un papel pasivo, sino todo lo contrario, era necesaria su implicación y su propia toma de decisiones. Esta autonomía era algo que el usuario reclamaba y que en muy pocas ocasiones de su vida había tenido, por lo que aceptó ilusionado.

- El Recurso:

*Residencia Nuevo Azahar de Archena (Fundación Diagrama)*

Centro sociosanitario destinado a la atención integral de adultos con algún grado de dependencia por su edad, enfermedad o discapacidad. El centro dispone de un total de 148 plazas (30 de estancias diurnas y 118 en régimen residencial, de las cuales 38 son para personas con enfermedad mental), que se dividen en plazas privadas y en plazas públicas concertadas.

➤ Servicios que ofrece

Servicio residencial: estancia temporal o permanente.

Habitaciones individuales y dobles.	Servicio de estancias diurnas.
Programa de atención individualizado.	Atención médica, sanitaria y de enfermería.
Atención psicológica y psiquiátrica.	Programa de participación familiar.
Rehabilitación y fisioterapia.	Programa nutricional.
Promoción de la salud.	Terapias ocupacionales y animación sociocultural.
Terapias de memoria y cálculo.	Trabajadores sociales y auxiliares sanitarios.
Servicio de acompañamiento hospitalario.	Servicio de atención religiosa.
Servicio de limpieza y mantenimiento.	Servicio de peluquería y podología.



#### IV. Fundamentación

Rehabilitación, empoderamiento y recuperación.

Tres conceptos diferentes pero relacionados y con un mismo objetivo: lograr una mejora de las condiciones y de la calidad de vida de las personas con trastorno mental grave.

La rehabilitación psicosocial es el punto clave necesario para conseguir objetivos como la desinstitutionalización y la inclusión social del usuario. La Rehabilitación psicosocial se refiere a un conjunto de estrategias para afrontar las dificultades en el desempeño de la vida diaria de las personas que padecen problemas de salud mental de una gravedad e intensidad que limitan el desarrollo de su vida diaria y de sus objetivos personales. (2)  
(6)

Esta rehabilitación incluye programas dirigidos al usuario como la psicoeducación, el aprendizaje de habilidades sociales, el desarrollo cognitivo o el entrenamiento en habilidades de la vida diaria. La rehabilitación psicosocial es la base de cualquier tratamiento y se centra en aspectos como la autonomía, la normalización y la participación. Con el paso del tiempo, estos aspectos han ido ganando peso y valor en nuestra sociedad, dando lugar a la búsqueda de un concepto que complementara a la rehabilitación y le añadiera un mayor significado, la recuperación. La recuperación se ha convertido en el objetivo del usuario y tiene como misión hacer a éste el protagonista y el autor de su futuro.(3)

Podemos hablar del concepto recuperación como: “un proceso transformador, en el cual las personas pueden vivir, trabajar, aprender y participar completamente en sus comunidades, recuperando un papel social valioso. Para algunos es la habilidad para vivir una vida satisfactoria y productiva pese a tener una discapacidad. Para otros implica la reducción o la completa remisión de los síntomas. La recuperación puede significar muchas cosas. No es necesariamente la desaparición de los síntomas, sino el alcanzar objetivos significativos en la vida de una persona... es lograr la reintegración social, encontrar un propósito en la vida y el trabajo...”. (4)

Varios autores coinciden en que para lograr la recuperación, la persona debe vencer dificultades internas y externas tales como el sentimiento de impotencia, los síntomas psicóticos, el estigma y la discriminación, la falta de información o la dificultad de acceso a los recursos. (5)

Como he mencionado durante todo el proyecto, recuperación y empoderamiento, son conceptos que están relacionados. Para que el usuario en salud mental logre la recuperación, es necesario que alcance el control de su vida a través de la toma decisiones y que además, tenga un papel participativo en la sociedad.

Este papel, donde el usuario tiene voz y voto, sería lo que actualmente conocemos como empoderamiento. En este proceso, el usuario actúa como experto del trastorno mental, desde la propia experiencia y el conocimiento, interviniendo directamente en su propio proceso de recuperación.

La OMS define empoderamiento como un “proceso a través del cual la gente gana un mayor control sobre decisiones y acciones que afectan a su salud”. Podemos afirmar entonces, que empoderamiento es lo contrario a conceptos como sumisión, paternalismo, autoestigma o dependencia. En este sentido, el usuario trabajará para huir de esos conceptos y ser capaz de identificar sus necesidades y elaborar sus propias estrategias de afrontamiento con el objetivo de tener mayor control sobre su vida y su salud. (7)

Según el texto promovido por la OMS en 2010 “Empoderamiento del usuario de salud mental”, este proceso de toma de control consta de cuatro dimensiones vitales para lograrlo: Autoconfianza, participación en las decisiones, dignidad y respeto, pertenencia y contribución a una sociedad más plural. Siguiendo en esta línea, el empoderamiento, esta dirigido a ayudar a la autodeterminación y autonomía, para que la persona pueda ejercer mas influencia en la toma de decisiones personales, sociales y políticas, y para que recupere su dignidad y respeto.

Para conseguir esta autonomía, es necesario que la persona adquiriera una serie de habilidades de afrontamiento, y con ellas un aumento necesario de autoestima. Siguiendo el documento de la OMS, se plantean una serie de condiciones para que la persona pueda conseguir los objetivos del empoderamiento: Esperanza y respeto, reclamación de la propia vida, sentimiento de conexión con los demás, entender que las personas tienen derechos, desarrollo de aptitudes que la propia persona define como importantes, del secretismo a la transparencia, crecimiento y cambio continuo. (7)

¿Qué papel tenemos los profesionales de salud mental en el proceso de empoderamiento? En líneas generales, el profesional tendrá un papel colaborador en el

proceso de rehabilitación del usuario. Ofrecerá apoyo, información y recursos, siempre siendo consciente de que el usuario es el protagonista, la intervención se centra en él, y tiene poder de decisión.

En un sentido más específico, podemos mencionar algunas acciones que el profesional puede realizar para dotar de empoderamiento a los usuarios como: fomentar la participación de los usuarios en los planes de cuidados, desarrollo de la figura del paciente mentor, participación de los usuarios en el tratamiento y en la evaluaciones sobre los servicios de salud mental, crear y fomentar la participación en grupos de ayuda mutua, etc. Además, el profesional de salud mental, puede actuar no solo a nivel individual sino también en el núcleo familiar o en la comunidad con algunas acciones como: aportar información real para contrarrestar mitos, elaborar material informativo explicando las causas, naturaleza y tratamiento de los diferentes trastornos mentales, crear campañas para fomentar la valoración positiva de las personas con enfermedad mental, creación de talleres y actividades que favorezcan la inclusión social, etc. (8)

## V. PLAN INDIVIDUALIZADO DE REHABILITACIÓN (PIR)

### A. EVALUACIÓN FUNCIONAL

#### 1. Fase informativa

##### a) Datos identificativos

-Nombre ficticio: Juanma

-Edad: 40 años

-Fecha de nacimiento: 6 de Mayo de 1979.

Nacido en Alcantarilla. El menor de 4 hermanos. Primer contacto con el Centro de Salud Mental de Alcantarilla en 1997, derivado por su MAP, debido a una alteración de conducta y consumo habitual de cocaína y cannabis.

El primer ingreso en una unidad de psiquiatría ocurrió en el año 2004 tras episodio de violencia familiar y pérdida de control, en contexto de consumo de tóxicos.

Anterior a dicho ingreso, J había estado en prisión por diferentes delitos, todos en contexto de drogas.

En 2006, J. ingresó en recurso de tipo residencial en Jumilla. Era una residencia perteneciente al IMAS y el ingreso se produjo de carácter involuntario por orden judicial como alternativa a la pena de prisión.

En 2009, se trasladó a otro centro de tipo residencial en Abanilla, en este caso, dicho centro es perteneciente a la Fundación Diagrama y sin unidad específica de salud mental. Este cambio se produjo por problemas económicos que se produjeron en la residencia, la cual tuvo que cerrar.

Esto dos últimos recursos mencionados, se dirigieron únicamente a la contención de J.

Por ultimo, en 2015 J. fue trasladado a la Residencia Nuevo Azahar de Archena, perteneciente también a la Fundación Diagrama, con unidad específica de salud mental y en la cual reside actualmente.

Durante todos estos años, J. ha llevado un seguimiento irregular por parte de CSM y ha ingresado en la unidad de psiquiatría de distintos hospitales generalmente por heteroagresividad, ataques de ira y conflictos con los compañeros.

-Diagnósticos: Politoxicomanía / Trastorno de la personalidad (F60) de tipo mixto con rasgos de tipo límite y narcisista/ Trastorno obsesivo compulsivo/ Síndrome Gilles de Tourette / Capacidad CI límite.

-Fecha de ingreso: 10/09/2015.

En 2015 fue trasladado a la residencia Nuevo Azahar por ser un recurso más adecuado a las características del usuario, ya que este centro si cuenta con una unidad específica de salud mental donde se puede trabajar de forma más específica. En estos momentos J. no esta en este recurso por orden judicial.

-Situación legal: Incapacitado. Patria potestad a favor de su hermano mayor.

#### b) Clínica y sintomática descrita en historia clínica

-Baja tolerancia a la frustración, distanciamiento emocional, dificultad para adaptarse a los cambios, escaso control de impulsos, falta de empatía, irritabilidad.

-Trastorno de personalidad mixto con rasgos de tipo narcisista que se caracterizan por pensamientos de genialidad y grandeza junto con la búsqueda de aprobación y atención, y rasgos de tipo limite caracterizados por la inestabilidad emocional, baja tolerancia a la frustración o falta de control de impulsos.

-Pensamiento rígido e inflexible.

-Mitomanía.

-Déficits en la administración económica y reparto de tareas.

-Consumo de tabaco. En la actualidad, no existe consumo de tóxicos.

-Conciencia parcial de enfermedad: En la actualidad, J. refiere no conocer bien lo que le ocurre pero reconoce que a veces “algo” en él no funciona. Comenta que es posible que necesite ayuda para sentirse mejor, pero no siempre.

c) Objetivo de la derivación a recurso residencial:

Trabajar junto a J. dicha sintomatología descrita con la finalidad de conseguir una derivación a otro recurso más adecuado, como pisos tutelados o similar.

- Los objetivos contenidos en su PIR son:

-Aumentar sus conocimientos sobre aspectos clínicos y psicopatológicos de la enfermedad mental, para así trabajar junto a él la conciencia de enfermedad.

-Adquirir una buena adherencia al tratamiento, aumentando así la responsabilidad respecto a sí mismo. Existen numerosas razones por las que J nunca ha seguido el tratamiento de forma autónoma y correcta. La primera razón para no tomarlo, son los efectos secundarios que J menciona. Según refiere la medicación le provoca sueño, torpeza, e incluso, alguna medicación en concreto ha explicado que le provoca síntomas gastrointestinales.

Otra razón para no tomarlo, es la falta de educación por parte de los profesionales.

Dicha información debe estar adaptada a su nivel educativo y de comprensión.

Por último , otro aspecto sería la mejoría tras la toma del tratamiento durante un tiempo.

Según cuenta J, dejaba el tratamiento cuando se encontraba mejor. Sería conveniente hablar de las consecuencias de la toma irregular del tratamiento.

En la actualidad, J toma el tratamiento prescrito pero en ocasiones es reacio a la toma de ciertos medicamentos, prefiriendo la toma de benzodiacepinas a la toma de antipsicóticos.

Esta elección del tratamiento junto con la retirada voluntaria tras mejoría de sintomatología, esta relacionada con la falta de conciencia de enfermedad, la cual he mencionado que también se debe trabajar.

Por ultimo, mencionar también que a J se le administra tratamiento IM (clonidina), el cual acepta pero no conoce su funcionamiento ni su necesidad.

- Trabajar junto a él la tolerancia a las situaciones que le provoquen estrés o frustración , aprender a identificar dichas situaciones, y conseguir aumentar el control de impulsos.

- Realizar actividades deportivas o de ocio según preferencias y motivación.

- Conseguir hábitos de vida saludables que entren a formar parte de su rutina diaria y su autocuidado (evitar consumo de tóxicos, evitar consumo de tabaco, etc.)

- Trabajar la adquisición de una buena higiene del sueño.

- Adquisición de habilidades comunicativas que le permitan la expresión de emociones y sentimientos.

- Mejorar la situación familiar.

- Adquirir una red social adecuada y estable.

## 2. Fase Descriptiva

### a) Historia personal, familiar y social:

Nacido en Alcantarilla, Murcia, en el año 1979. Soltero. Sin hijos. Dejó los estudios durante la E.S.O y trabajó durante 2 o 3 años en el sector de la construcción. Es el pequeño de 4 hermanos. Tiene un hermano de 46 años (celador) y dos hermanas de 43 años (administrativa) y 50 años (desempleada). Sus dos hermanas residen fuera de la Región y mantiene con ellas una relación cordial. En cuanto a su hermano, el cual es su tutor legal, tiene buena relación y lo visita en el centro frecuentemente.

J relata que sus padres insistieron en la educación de sus hermanos mayores pero que con él, al ser el menor, “desistieron” y que por ello dejó los estudios. “Creo que a veces me daban por perdido...”.

Padre enfermo de Parkinson que falleció hace 2 años. Padre de carácter rígido, autoritario y estricto, aunque con escasa referencia sobre J, “mi padre ordenaba mucho pero yo pasaba de él”.

La madre vive en Alcantarilla y realiza visitas mensuales a la residencia y llamadas telefónicas de forma frecuente. Madre sobreprotectora pero a la vez permisiva. Anteriormente, numerosos conflictos con ella que derivaban en denuncias no formalizadas para no agravar más la situación.

En cuanto a su infancia, J. residió en Alcantarilla junto a sus padres y sus hermanos sin conflictos familiares o sociales de gran importancia durante esta etapa. En su etapa escolar, J se describe como un niño normal, un poco travieso y con muchos amigos. Sin embargo, su madre lo recuerda como un niño muy inquieto con tendencia al enfado. Aquí aparecieron algunos conflictos pero de escasa importancia como peleas o contestaciones a profesores. J relata que todo cambió de forma importante con su entrada en el instituto. Cuenta que cuando empezó la E.S.O, aparecieron nuevas amistades, comenzó a sentir una pérdida de interés por los estudios y empezó el consumo de tóxicos, primero cannabis y más tarde cocaína. A los 16 años, sumado al consumo de tóxicos, comienzan a aparecer actitudes violentas hacia familiares y compañeros, además de hurtos menores. Primer contacto con el Centro de Salud Mental de Alcantarilla en 1997, derivado por su MAP, por preocupación de su madre debido a esta conducta. La adherencia a dicho recurso fue escasa, continuando con la misma actitud y agravándose la situación. J. relata peleas y hurtos que llevo a cabo cuando era adolescente, de los cuales no hace crítica. Ingresó en prisión por varios delitos menores (tráfico de drogas, peleas, robos, etc) en el año 2000, cumpliendo condena durante 3 años. “Durante esos años sufrí mucho, me volví más agresivo y frío, y consumía más drogas que cuando estaba fuera”. En prisión, participó en el Grupo Matrix para la dependencia a los tóxicos, con escaso resultado.

Tras salida de prisión, continuaron los conflictos familiares, la alteración de conducta y el consumo de tóxicos. Su madre relata que volvió de la cárcel más agresivo. Nula adherencia al tratamiento y escaso seguimiento por parte del centro de salud mental de Alcantarilla. Unos meses después de salir de prisión, comienza relación sentimental con una mujer que duró dos años. Rompió su relación con esta chica antes del primer ingreso en centro residencial. “Cuando lo dejamos, ella estaba embarazada, ahora no se

nada de ella ni de mi hijo”. No hay mas información acerca de esa mujer ni del hijo, sólo la historia que J relata sobre ella. En los permisos de salidas que tiene actualmente, refiere que ella ya no vive en el mismo pueblo que él.

Durante este tiempo, cuando tenía 25 años, acudió durante un par de meses a Proyecto Hombre, recurso del cual cuenta que era “demasiado estricto” y abandonó, “si llegabas tarde, te quitaban la cama”. Ingresó en la unidad de psiquiatría del Hospital Morales Meseguer en el año 2004 tras episodio de violencia familiar y pérdida de control, en contexto de consumo de tóxicos. En 2005, se produce un segundo ingreso hospitalario por intento autolítico con previsión de rescate. Según refiere, no recuerda mucho este episodio, pero cree que discutió con su madre y comenzó a tomar pastillas de diazepam que tenía en casa.

J no suele hablar de estos ingresos en las unidades de corta estancia. Según cuenta fueron una mala experiencia, recuerdos para olvidar. El primer ingreso que tuvo fue por motivos de heteroagresividad, por lo que fue de carácter urgente e involuntario, y que requirió contención los primeros días. Según cuenta J, “estaba fuera de si y me ataron, pero sentía que cuanto más tiempo pasaba atado en la cama, peor estaba”. Refiere que aunque el resto del ingreso fue mejor y el trato hacia él fue bueno, ese recuerdo de estar en contención le marcó.

El segundo ingreso, aunque fue de carácter voluntario, J cuenta que la experiencia no fue mejor, “el trato fue bueno pero no recuerdo haber realizado cosas que me ayudaran, pasaba las horas muertas y sólo recuerdo pastillas...”.

Tras su paso por la cárcel e ingresos en unidad de psiquiatría, se decide ingreso en centro residencial con el objetivo de conseguir conciencia de enfermedad, adherencia al tratamiento, mejora del clima familiar y desintoxicación.

Como he mencionado en el apartado anterior, el primer ingreso de tipo residencial fue en el año 2006, de carácter involuntario por orden judicial como alternativa a la pena de cárcel. Según J, no estaba a favor de una residencia pero pensó que era mejor que la cárcel. En este recurso paso tres años y durante la estancia en dicho recurso, J. no refiere haber realizado intervenciones encaminadas a su empoderamiento, sólo actividades de carácter lúdico y alguna reunión con el psicólogo del centro. Durante su estancia en dicho recurso, terminó de cumplir su pena, y tras ésto, su hermano mayor solicitó la



incapacidad de J por vía judicial. Tras obtener la tutela, su hermano decidió que por claudicación familiar, los recursos residenciales serían una buena opción para J, solicitando plaza en otra residencia más acorde a su situación. J no compartía la opinión de su hermano, prefiriendo estar en su casa.

El siguiente recurso residencial, tampoco disponía de unidad específica de salud mental, por lo que tampoco se trabajó de forma específica el empoderamiento de J., la conciencia de enfermedad o la adherencia al tratamiento. Estos dos primeros recursos, se dirigieron únicamente a la contención de J.

Durante su estancia en estos centros, ha ingresado en varias ocasiones en la unidad de psiquiatría del hospital por heteroagresividad y conflictos con los compañeros. Siendo el último ingreso en 2015. J habla de estos ingresos como algo negativo, “normalmente ingresaba en contención y me administraban medicación que ni siquiera sabía para lo que era, pero me dejaba KO”.

Sin embargo, su paso por recursos residenciales, lo recuerda menos traumático y lo cuenta sin ira ni enfado. “Las residencias no me gustan, pero he podido hacer amistades, jugar al fútbol, ir a campamentos, ir de visita a mi casa...nunca me han contenido y he podido hablar con los monitores cuando he tenido algún problema con la medicación...”.

Ese mismo año fue trasladado a la residencia en la que reside actualmente. Esta residencia si cuenta con unidad específica de salud mental. Durante su estancia en esta residencia, J ha participado en diversos talleres para la mejora de habilidades sociales y mantenimiento de habilidades cognitivas. En ocasiones, realiza actividades de tipo lúdico y ayuda en las tareas de limpieza y orden. J. también menciona la falta de motivación o interés por ciertas actividades que se realizan en el centro. “No me gustan algunas actividades, siempre son las mismas”.

J.cuenta que está interesado en encontrar algún empleo fuera del recurso o algún curso de formación con la intención de poder conseguir una plaza en alguna vivienda tutelada.

En cuanto a sus relaciones sociales, J.mantiene una actitud fría y poco empática, buscando el beneficio propio, por lo que sus relaciones son escasas y mantenidas con el objetivo de obtener algún beneficio.

La relación con su madre durante su estancia en recursos residenciales ha mejorado. Recibe visitas frecuentes de ella y de su hermano, además de llamadas y salidas en diversas ocasiones para diversos eventos familiares. La relación con el resto de sus hermanas continua igual.

Mencionar también el fallecimiento de su padre en 2017. J.no expresa sentimientos de tristeza, no quiere hablar sobre el tema y sólo comenta “no teníamos buena relación pero supongo que en el fondo lo quería”.

Por último, según informes y relato de J., dejó de consumir tóxicos hace aproximadamente 7 años, ha reducido el consumo de excitantes y la adherencia al tratamiento ha ido mejorando. J cuenta que este abandono de los tóxicos se produjo de forma obligatoria por su estancia en un recurso residencial y que en un primer momento estaba de acuerdo pero de forma parcial. “Lo pasé bastante mal, quería y no quería dejar la droga (...) Sabía que era algo malo, pero también sentía que me ayudaba cuando estaban mal”.En la actualidad, refiere estar orgulloso de haberlo conseguido y presume de “estar limpio”.

-Ajuste premórbido:

Primer contacto con salud mental a los 18 años tras derivación de su MAP por alteración de conducta, heteroagresividad y consumo de tóxicos.

En la adolescencia consumo de sustancias.

Varios ingresos en diferentes unidades de psiquiatría. Nula adherencia al tratamiento y seguimiento irregular por parte del CSM.

Personalidad premórbida con rasgos de tipo límite y narcisista. Tendencia a la impulsividad y la inestabilidad emocional.

Abandonó la enseñanza secundaria obligatoria cuando estaba en 3º por lo que únicamente tiene la escolarización y un taller de mecánica realizado durante su estancia en la prisión.

Escasa vida laboral con trabajos de tipo eventual.

Déficits en cuanto a habilidades interpersonales y de comunicación. Dificultad en las relaciones familiares y sociales.

a) Factores predisponentes:

- Personales:

- Escaso control de impulsos
- Incapacidad para manejar la frustración
- Déficit control emocional
- CI limite

- Ambientales:

-Modelo parental disfuncional. Estilo de crianza desorganizado. Escasa referencia parental. Padre violento y rígido. Madre sobreprotectora y a la vez permisiva.

Según cuenta J, su madre fue la encargada de criarlo a él y sus hermanos. No recuerda palabras buenas de su padre, sólo normas y discusiones. Recuerda escenas de violencia entre sus padres en las cuales su padre insultaba a su madre y llegaba a lanzar objetos. Según refiere, no hubo violencia física hacia él o sus hermanos, pero si maltrato psicológico. “Mi padre nunca estaba en casa, y cuando estaba siempre estaba de mal humor. Hablaba mal a mi madre y a nosotros, nos insultaba y castigaba a menudo”.

-Falta de apoyo familiar. Madre de edad avanzada que no puede asumir el cuidado de J. Hermanas que residen fuera de la Región. Único apoyo de su hermano y tutor legal. No hay información de otros familiares cercanos.

- Sociales:

-Escasa red social. Existe un mensaje contradictorio. Según refiere, tiene muchos amigos y conocidos pero no recibe visitas ni llamadas de estos, ni los menciona cuando hablamos de amigos que lo apoyarían. Según su personalidad cabe pensar que estos comentarios están relacionados con esa búsqueda de aprobación. Por otro lado, también ha mencionado su dificultad para mantener relaciones sociales duraderas.

-Red social inadecuada. Red social con consumo de tóxicos, estancia en prisión, etc. En la actualidad no quiere tener contacto con dicha red social.

-Relaciones sociales frías. Falta de empatía y con tendencia a la manipulación. Dificultad para expresar sentimientos.

-Estigma social. J. Residía en un pueblo pequeño por lo que refiere que todo el mundo lo conoce.

-Autoestigma. No se objetiva debido a la escasa conciencia de enfermedad. J no se siente identificado con el resto de compañeros.

b) Acontecimientos vitales estresantes

- Violencia intrafamiliar. Heteroagresividad por parte de su padre.
- Comienzo de consumo de sustancias a los 16 años.
- Fallecimiento de su padre en 2017, cuando el tenía 38 años.
- Ingreso en prisión en 2002 tras varios delitos leves en contexto de drogas y hurtos.
- Pérdida de capacidad laboral y administrativa en 2006.
- Múltiples ingresos hospitalarios.
- Separación de pareja.
- Varios traslados por diferentes recursos residenciales.

c) Relaciones significativas

- Relación cercana con su hermano mayor. Éste es su tutor legal y tienen carácter similar.
- Relación cercana con su madre. Visitas eventuales y llamadas.
- Relación cordial con el resto de hermanas. Viven fuera de la ciudad.
- Relación de pareja que duro varios años.

d) Historia Clínica

- Diagnostico

- Trastorno limite de la personalidad (F60.3)
- Trastorno obsesivo compulsivo (F42)
- Síndrome Guilles de la Tourette (F95.2)
- Consumo perjudicial de cocaína (F14)
- Consumo perjudicial de cannabis (F12)

- Factores precipitantes

- Inestabilidad familiar. Conflictos entre los padres
- Apego de tipo desorganizado
- Maltrato psicológico por parte de su padre
- Escasa red social adecuada.
- Falta de apoyo familiar

- Sintomatología actual:

- Conducta impulsiva
- Relaciones inestables
- Ataques de ira
- Cambios en el estado anímico
- Búsqueda de atención
- Falta de autonomía en la toma del tratamiento
- Tics motores
- Conductas y pensamientos relacionados con el TOC: comenzar a andar siempre con el mismo pie, pensamiento rígido, inflexible, etc.

- Factores de riesgo

- Personales

- Conciencia parcial de enfermedad
- Escasa adherencia al tratamiento
- Consumo de tóxicos
- Falta de control de impulsos
- Baja tolerancia a la frustración
- Dificultad para aceptar límites y normas
- Escasas habilidades sociales y comunicativas
- Necesidad de atención o pertenencia a grupo

- Familiares

- Falta de límites por parte de su madre
- Escaso apoyo familiar
- Escasa relación con sus hermanas
- Infancia recordada de forma negativa por conflictos parentales

- Sociales

- Falta de apoyo social
- Amistades relacionadas con el consumo de sustancias
- Ruptura de pareja

- Factores protectores

- Soporte y apoyo social por parte de la Fundación
- Disposición para el cambio
- Soporte económico
- Apoyo de su hermano y su madre para el cambio
- Motivación para la toma de tratamiento (tras psicoeducación).
- Mínimo deterioro cognitivo y físico
- Motivación para trabajar áreas en las que existe un déficit. : control de la ira, relajación, habilidades sociales, etc.

- Tratamiento actual

- Clopixol Depot IM 1amp/21 días
- Depakine 500mg 1-1-1
- Risperdal 3mg 0-0-1
- Akineton 2mg 1-1-1
- Diacepam 10mg 1-1-1
- Escitalopram 10mg 1-0-0
- Quetiapina 400mg prolong 1-0-1
- Si insomnio o ansiedad: Olanzapina 5mg

**e) Análisis descriptivo por áreas de funcionamiento psicosocial**

Escala EVDP

1.Competencia personal

- Autocuidados

- Higiene personal: Adecuado. Mantiene su higiene de forma autónoma y correcta.
- Vestido: Adecuado en la forma de vestir, acorde a las situaciones. Cambio regular de ropa. Descuidos a la hora de ordenar la ropa o lavarla.
- Alimentación: Leve desestructuración en cuanto a hábitos alimenticios y horarios. En ocasiones no desayuna porque se levanta tarde, requiriendo supervisión para

despertarse. Además, según refiere, hay muchas comidas que no son de su agrado o que no le sientan bien a nivel digestivo, por lo que decide no comer. Según el personal que esté ese día, han llegado ha realizarle comidas diferentes para él.

- Hábitos de vida

-Hábitos de vida saludables: En el pasado, existía una gran deterioro en este ámbito ya que J consumía cocaína y cannabis.

En la actualidad, J no consume drogas, ni sustancias perjudiciales como café o bebidas gaseosas, pero existe un consumo excesivo de tabaco, por lo que sí hay un cierto deterioro en este sentido que habría que mejorar. (En la residencia se controla el consumo de tabaco)

-Estructuración del sueño: Sueño ligeramente desestructurado. J duerme un número de horas adecuado, sin embargo por la noche se queda hasta tarde viendo la tv y por la mañana tiene dificultades para despertarse. Esto provoca que las primeras horas del día J sienta cansancio y somnolencia.

-Consumo de sustancias tóxicas: En la actualidad J no consume sustancias tóxicas.

- Afrontamiento personal y social

-Autocontrol y afrontamiento del estrés: Dificultades importantes para el afrontamiento de situaciones estresantes. Los mecanismos de afrontamiento son inadecuados. J responde a las situaciones estresantes con conductas desadaptativas tales como heteroagresividad, agresión verbal o autoagresiones. Estas conductas no aparecen de forma frecuente (todas las semanas) pero si de forma ocasional.

-Habilidades sociales: Habilidades sociales básicas aceptables tales como escuchar, iniciar una conversación, formular preguntas ,etc. Dificultad importante en el manejo social y habilidades sociales mas complejas. J muestra dificultad en algunos aspectos como la empatía, la inteligencia emocional (capacidad de identificar emociones y manejarlas) o la negociación. Estas deficiencias, han hecho que las relaciones de J sean superficiales, inestables y poco duraderas.

-Solución de problemas: Capacidad de solucionar problemas disminuida. Cuando los problemas son leves y cotidianos, J valora alternativas, toma decisiones y los resuelve con eficacia. Sin embargo, cuando los problemas son de mayor calibre, sus formas de solucionarlos son ineficaces, dando lugar a frustración y enfado.

- Capacidades cognitivas

-Habilidades cognitivas básicas: Para valorar este área, se ha utilizado el screening del Deterioro Cognitivo SCIP-S. Éste nos indica que existe deterioro cognitivo leve en atención y memoria del trabajo, pero que a nivel global la puntuación es buena y no se objetiva deterioro en el resto de áreas. Nuestro trabajo se centrará en mejorar dichas áreas afectadas.

-Procesamiento de la información: Capacidad adecuada. J entiende perfectamente y da respuestas correctas y coherentes a la información que recibe.

-Capacidad de aprendizaje: Capacidad de aprendizaje levemente disminuida. Cierta lentitud respecto al ritmo de aprendizaje normal. Esta dificultad, esta relacionada con la salida del instituto de forma temprana y el CI limite.

- Autonomía básica

-Manejo del dinero: En la actualidad se encarga su tutor. J reconoce que en este aspecto necesita ayuda y cuenta que cuando trabajaba y disponía de dinero, no ahorra porque realizaba compras excesivas o lo gastaba en cocaína y cannabis.

-Manejo del transporte: J no tiene el carnet de conducir, pero es capaz de utilizar cualquier transporte publico sin complicaciones.

-Manejo del entorno donde vive: En la residencia se encarga de mantener limpia y recogida su habitación y su baño. J reconoce ser desordenado, sobretodo con su armario. Además, junto con sus compañeros, se encarga de mantener ordenadas y limpias las zonas comunes. J refiere que cuando esta en su casa la situación es similar. Su armario suele estar desordenado, y le cuesta ayudar en las tareas del hogar.

-Conocimientos básicos educativos: Nivel básico. Abandonó el instituto para empezar a trabajar en la construcción.

- Autonomía social

-Capacidad de autogestión: En la actualidad J esta incapacitado por lo que no se encarga de tareas administrativas. Es capaz de realizar trámites y gestiones en general, precisando ayuda en aquellos trámites burocráticos más complejos. Capaz de realizar compras, utilizar el teléfono, etc.



-Manejo de recursos sociales: Manejo adecuado de los recursos, sin dependencia institucional y sin la búsqueda de beneficios secundarios.

-Manejo de ocio y tiempo libre: Leve deficiencia de la utilización del mismo. En la residencia realiza actividad física, ve la televisión y lee la prensa. Dos días a la semana los usuarios van al polideportivo a realizar diversos deportes. J juega al fútbol “cuando era más joven jugaba y era muy bueno, siempre me ha gustado mucho el fútbol”.

No suele participar en los talleres, ya que dice que se aburre.

Cuando sale de permiso, no suele salir de su casa ni realiza ninguna actividad a no ser que ya este organizada por su familia. J prefiere quedarse en casa viendo la televisión.

- Capacidad laboral

-Situación laboral: Incapacidad. No realiza ninguna actividad laboral.

-Capacidad laboral: Puede realizar un trabajo normalizado con apoyo o curso de formación laboral para colectivos específicos.

-Motivación laboral: Manifiesta motivación para trabajar pero con un planteamiento poco realista. J cree que es posible volver a trabajar donde trabajo hace años y con el mismo puesto, ya que conoce al jefe, pero por otro lado, refiere que siempre acaba dejando los trabajos en los que empieza.

- Relación con el tratamiento

-Conciencia de enfermedad: Conciencia parcial de la enfermedad. J conoce algunos diagnósticos y algunos síntomas, pero no es consciente de todos sus síntomas, de la necesidad de tratamiento crónico, etc. Además, J todo lo relaciona con el consumo de tóxicos pasado, no coincidiendo esto con la realidad.

-Responsabilidad y nivel de cumplimiento con el tratamiento: Parcial. Necesita apoyo para mantener su tratamiento. En la actualidad, en la residencia toma la medicación con ayuda y con mínima crítica hacia ella. J reconoce que en casa no siempre la tomaba, en ocasiones era por olvido y otras veces por negativa propia. “Había temporadas que la tomaba bien, otras se me olvidaban, y a veces, me tomaba sólo las que quería”.

-Respuesta al tratamiento: Resistencia ligera al tratamiento. J toma el mismo tratamiento desde hace años, pero se observan oscilaciones en el tiempo. Además, todavía aparecen crisis, aunque es difícil relacionarlas con el tratamiento.

-Efectos secundarios: No existen efectos secundarios que repercutan en la adaptación de J al medio.

## 2. Soportes sociales

- Red de apoyo

-Soporte familiar: Apoyo variable. J mantiene relación con su hermano y su madre. Recibe llamadas de ambos y en ocasiones sale de permiso a su pueblo. A pesar de esto, J no reconoce un gran apoyo, según refiere cree que lo hacen por obligación. J cuenta que sale de permiso porque él insiste pero que una vez fuera, su familia no le presta gran apoyo ni atención. “He hecho muchas cosas en el pasado y creo que mi madre ya no confía en mí ni quiere saber mucho de mí”. Poco contacto con el resto de hermanas, salvo eventos familiares importantes.

-Redes de soporte social: Relaciones mínimas. No posee ningún entorno social estable adecuado. Cuando sale suele ir con su familia o sólo.

-Soporte residencial: Cuando sale de permiso, se aloja en casa de su madre o vivienda familiar. La situación es aceptada por todas las partes y en la actualidad no aparecen conflictos.

-Inserción en recursos sociales: Usa recursos de forma esporádica. En la residencia, se hace uso del polideportivo o la piscina en verano, pero cuando esta de permiso, J no suele utilizar ningún recurso y prefiere estar en casa. “Estoy agusto en mi casa, y además no tengo con quien ir a jugar al fútbol o a donde sea, que no sea alguien de mi familia”.

## 3. Aspectos clínicos

Nivel premorbido: Nivel premorbido moderadamente deteriorado. Abandono de los estudios. Empleos precarios. Relaciones sociales inestables.

- Evolución clínica y del funcionamiento psicosocial: progreso leve en los dos últimos años. J reconoce que desde que esta en esta residencia, se encuentra mejor. Se objetivan menos crisis e ingresos hospitalarios. Conductualmente más estable y mejor manejo de la ansiedad y la frustración.

- Evolución de los ingresos: No se han producido ingresos desde 2015. Durante estos años se han producido crisis, pero sin necesidad de ingreso hospitalario.
- Evolución de las crisis: En los dos últimos años se han producido más de 6 crisis por conflictos con compañeros, dificultades personales, frustración o ansiedad, que han requerido intervención pero no ha sido necesaria la hospitalización.

### ➤ **Exploración de los objetivos del usuario**

Es importante explorar durante la evaluación del usuario, los objetivos que éste tiene con la intención de conseguir que dichos objetivos formen parte de los objetivos de su propio PIR.

-Cambiar de recurso e irse a un piso: “No creo que este sea mi sitio...En esta residencia estoy mejor que en las otras, pero no es mi sitio..”. J no se siente identificado con el resto de usuarios. La mayoría del resto de usuarios tienen una edad más avanzada que J o un mayor deterioro y dependencia. Su idea es intentar buscar un recurso más acorde a su estado. “Necesito un cambio en mi vida...aunque se que será difícil..”.

-Controlar la frustración y la ira: Reconoce que pierde los papeles con facilidad y que tiene poca paciencia. Le gustaría aprender a controlar esa sensación de enfado cada vez que algo no sale como lo tiene en mente o no consigue lo que quiere.

-Mejorar la relación con su familia: Este objetivo tiene como fin mejorar la relación con su madre y su hermano, “la relación no es mala, pero me gustaría sentir más apoyo, y no solo que me saquen de vez en cuando...”. J no cree que le vayan a apoyar en ciertos objetivos, como por ejemplo en el cambio de recurso.

-Realizar más actividades lúdicas: Tiene muchas aficiones las cuales no practica fuera de la residencia. Reconoce que en la residencia practica deporte porque tiene compañeros que también juegan y porque los monitores lo animan pero que cuando esta en casa no se siente motivado para salir.

-Realizar algún curso formativo: Conoce su falta de estudios y reconoce la necesidad de sentirse realizado. Esta interesado en la realización de algún curso relacionado con todo tipo de maquinaria, construcción o jardinería.

-Mejorar habilidades sociales con la intención de hacer amigos: Aquí aparecen dos obstáculos, la falta de manejo social o habilidades sociales complejas y el estigma. En J se objetiva falta de empatía, cierta manipulación, le cuesta admitir que se equivoca o reconocer las consecuencias de sus actos, dificultad para reconocer emociones y controlarlas, etc. J reconoce que le gusta llevar la razón y ser el centro de atención. “Siempre he sido así y eso sólo me ha ayudado a tener amigos que consumen de todo...”.

El otro obstáculo mencionado es el estigma. J refiere que su pueblo es relativamente pequeño y todos lo conocen. “Todos saben que estoy en una residencia, que he estado en la prisión y que he estado ingresado muchas veces...(..) será complicado hacer amigos porque seguro que piensan mal de mi..”.

-Conocer más en profundidad su enfermedad: Le gustaría saber cuales son sus circunstancias para estar en esta situación, el motivo por el cual debe tomar cada pastilla, el motivo por el cual ingresaba en el hospital, etc.

## A. DISEÑO DEL PLAN INDIVIDUALIZADO DE REHABILITACION

### 1. *Análisis funcional*

ÁREA PROBLEMA	ANTECEDENTES	CONSECUENCIAS
FALTA DE AUTOCUIDADOS Dificultad para cuidarse a si mismo de forma correcta.	-Madre flexible con falta de límites -Ausencia de rutinas -Paternalismo	-Dificultad para mantener su habitación ordenada. -Hábitos alimentarios irregulares. -Dificultad para mantener una buena higiene del sueño.
DÉFICIT DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	-Madre permisiva y sobreprotectora -Padre autoritario -Modelo parental inestable -Escasa control emocional -Déficit de empoderamiento	-Pérdida de control -Conflictos y crisis -Heteroagresividad -Consumo de tóxicos -Escasa autoregulación
DÉFICIT DE HABILIDADES SOCIALES	-Estigma -Déficit de inteligencia emocional	-Nula red social fuera del recurso -Relaciones inestables

Dificultad en el manejo social y habilidades sociales complejas	-Ejemplo inadecuado de relaciones en el domicilio.	-Dificultad para realizar nuevos amigos
CAPACIDADES COGNITIVAS DETERIORADAS Alteración de la memoria y la atención	-CI limite -Abandono de estudios básicos -Consumo de tóxicos	-Dificultad para recopilar y recordar información
DÉFICIT DE AUTONOMÍA SOCIAL	-Déficit de habilidades sociales -Escasa red social -Estigma	-No utiliza recursos fuera de la residencia. -Aislamiento en casa -Falta de motivación
RELACIÓN CON EL TRATAMIENTO	-Falta de conocimiento e información sobre el tratamiento -Conciencia parcial de enfermedad	-Falta de adherencia al tratamiento -Escasa responsabilidad sobre el tratamiento -Ligera resistencia
DÉFICIT DE SOPORTES En estos momentos no cuenta con suficiente soporte social o familiar necesario para una vida autónoma	-Padre fallecido -Madre de edad avanzada -Nula relación con dos hermanas -Amistades consumidoras	-Sentimientos de abandono y falta de apoyo -Aislamiento social -Baja autoestima
ASPECTOS CLINICOS	-Conciencia parcial de enfermedad. -Conocimientos deficientes -Ligera resistencia al tratamiento -Ingresos traumáticos	-Falta de adherencia -Crisis e ingresos -Escasa confianza en el sistema sanitario y en los profesionales sanitarios

## 2. Fase inferencial

- Hipótesis de origen:

En este apartado, tendremos en cuenta la dificultad de explicar un origen exacto y único de los trastorno mentales. El origen del trastorno mental es multifactorial y confluyen numerosos aspectos personales, fisiológicos, ambientales, sociales, etc. Además, no existe una línea clara que nos muestre que ocurrió antes o después, o cuales son los criterios exactos sobre que aspectos son normales y que aspectos son patológicos.

Tras varias entrevistas con el usuario, formularé junto a él una hipótesis de origen para explicar la posible aparición del trastorno mental, teniendo en cuenta todos los detalles proporcionados por el usuario. Dicha hipótesis se centrará sobretodo en los rasgos de la personalidad y el apego, pasando por aquellos eventos que hayan ocurrido y puedan influir en la aparición del trastorno.

En primer lugar, procederé a explicar al usuario lo mencionado anteriormente: el origen diverso de los trastornos mentales, las diferentes variables que pueden dar lugar a su aparición, y aquellos aspectos que pueden predisponer a una persona a padecer un trastorno. Estas variables, las relacionaremos con los hechos ocurridos a lo largo de su vida para una mayor comprensión.

<<¿Cuál crees que fue el origen de esta situación, de tus problemas?>> << Siempre he pensado que todo se torció cuando empecé a tomar drogas. Después de hablar sobre estrés, factores de riesgo, predisposición...puede ser que viniera la cosa de antes. >>

<< Si ahora me pongo a pensar, supongo que desde que era pequeño ya pasaban cosas en mi vida, en casa, que podían considerarse problemas>>. A estos problemas los llamaríamos estresores ambientales, que junto con el resto de factores de riesgo podrían dar lugar al inicio de la hipótesis.

En diferentes entrevistas, el usuario hablaba de conflictos en el hogar, concretamente entre su madre y su padre. J. describe a su madre como una mujer muy preocupada por sus hijos pero al mismo tiempo permisiva e indulgente, mientras que a su padre lo describe como un hombre rígido y autoritario.

La teoría del Apego, formulada por John Bowlby, es un planteamiento básico cuando hablamos de desarrollo social y emocional. Esta teoría describe el efecto que producen las experiencias tempranas y el vínculo con la figura principal en el desarrollo del niño. Los efectos inmediatos y a largo plazo que median la salud mental del niño, son la resultante de una experiencia de relación cálida, íntima y continua entre la madre y su hijo por la cual ambos encuentran satisfacción y alegría (Bowlby, 1951 p.11). Varios estudios coinciden en la importancia del desarrollo emocional de las personas con sus figuras significativas, y afirman que un apego inseguro y ansioso puede dar lugar a conductas agresivas, dificultad para mantener relaciones afectivas, irregularidad emocional, etc. (9) (15)

Estos estresores en el hogar que he mencionado, se unirán a factores biológicos y congénitos, los cuales son difíciles de concretar, y se unirán también a ciertos factores personales presentes desde la infancia y de los cuales existen dos versiones: según relata la madre del usuario, J era un niño inquieto, distraído y con tendencia al enfado, sin embargo, J cuenta que era un niño social y travieso. <<Me metía en muchos líos, pero era pequeño, no era consciente de lo que hacía>>. En resumen, estos factores personales tales como la baja tolerancia a la frustración, los problemas de conducta o la inquietud, serán importantes para comprender como empezó todo.

El usuario mencionó en alguna entrevista que el cambio al instituto supuso una dificultad. <<Hice nuevas amistades que no eran adecuadas...perdí el interés por estudiar>>. Vemos que existieron nuevos eventos que unido a todo lo anterior, pudieron afectar a la aparición de la primera crisis, como son el consumo de drogas, el abandono del instituto y la falta de control. <<En ese tiempo no había nada que me controlara, mis padres no podían conmigo...aunque creo que el inicio de todo fue cuando empecé a tomar cocaína>>.

Factores personales como la poca tolerancia a la frustración, la falta de control de impulsos o la necesidad de pertenencia, sumado a estresores como la actitud autoritaria del padre o la flexibilidad de la madre y el consumo de drogas, llevaron al usuario a una actitud cada vez más violenta y en contra de la ley, dando lugar a una pena de prisión que no favoreció su recuperación. Fue tras este acontecimiento cuando sucedió el primer ingreso en una unidad de hospitalización.

Es tras esto, cuando aparecen varios factores de protección que llevan al usuario a cierto tiempo de estabilidad, como son el tratamiento farmacológico y una relación sentimental. A pesar de esta aparente estabilidad, pueden aparecer nuevas recaídas debido sobretudo a esa falta de control de impulsos o la carencia de habilidades de afrontamiento para resolver conflictos. El usuario mencionó que la relación con su padre nunca había sido buena, dando lugar a conflictos en el hogar, y que además, tenía discusiones con su pareja por el consumo de sustancias que acababan en heteroagresividad. Esto explicaría la siguiente recaída y el traslado a un recurso residencial como alternativa a la cárcel.

En la actualidad, la situación es más estable, por lo que es importante identificar todos estos factores mencionados para modificar aquello que creemos inadecuado y aprender nuevas estrategias para hacer frente a los conflictos que puedan aparecer.

<<Creo que elegí la vía fácil, tomar drogas y no pasar por mi casa (...) siempre he querido llamar la atención y me da igual que hacer (...) Si hubiera sabido controlarme y estar más seguro de mí mismo, quizás no estaría así...>>

### **3. Diseño del PIR**

#### Objetivo del plan individualizado de rehabilitación y técnicas:

Los objetivos y las técnicas e intervenciones, se fueron negociando y pactando con el usuario. Tanto objetivos como intervenciones fueron individualizados y se potenció en todo momento la autonomía y empoderamiento del usuario.

#### ➤ Objetivo final de la rehabilitación:

-Recurso alternativo: Pisos tutelados o similar. Este recurso puede ser más adecuado a su situación clínica y su nivel de autonomía actual.

-Actividades de formación: Talleres y cursos de formación acordes a sus gustos y preferencias.

El objetivo de este plan es mejorar la situación y la sintomatología actual mediante el conocimiento de la propia enfermedad a través de la psicoeducación, aprendizaje de ciertas técnicas o habilidades como el manejo de la frustración, resolución de problemas o el control e identificación de emociones, y aumento del propio autocuidado, para así conseguir una mayor autonomía, funcionalidad y empoderamiento.



<b>COMPETENCIA PERSONAL. AUTOCUIDADOS</b> Objetivo general: Corto plazo Incluir hábitos de vida saludable en su rutina diaria y conseguir conductas de autocuidado que favorezcan su autonomía.		
<b>PROBLEMA</b>	<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	<b>ACCIONES Y TÉCNICAS</b>
Hábitos alimentarios irregulares	-Conseguir una alimentación saludable y variada -Lograr una rutina alimentaria con horarios normalizados, realizando 5 comidas diarias.	-Sesiones sobre hábitos de vida saludables: nutrición -Aprendizaje de recetas y técnicas para realizar comidas de forma autónoma
Hábitos de sueño inadecuados	-Establecer una buena higiene del sueño -Aprender la importancia de tener una buena estructura de sueño para favorecer el descanso.	-Sesiones sobre hábitos de vida saludables: sueño -Acordar con el usuario una hora normalizada para apagar la tv e irse a dormir. -Modificar conductas que favorezcan el problema.
Desorden de habitación y armario	-Aprender la importancia del orden y la organización -Conseguir una rutina diaria de orden en su habitación y en su ropa: por las mañanas o al acostarse.	-Acordar junto a usuario el momento en el que se realizara la organización -Entrenamiento bajo supervisión al principio, y mas tarde de forma autónoma.

<b>AFRONTAMIENTO PERSONAL Y SOCIAL</b> Objetivo general: Medio plazo Área de mayor problema para el usuario. El objetivo es que el usuario aprenda a superar y manejar situaciones de estrés y frustración de forma adaptativa. Para ello será necesario lograr estrategias para la identificación y resolución de problemas, además de potenciar su red social con el entrenamiento y mejora de habilidades sociales.		
<b>PROBLEMA</b>	<b>OBJETIVOS ESPECIFICOS</b>	<b>ACCIONES Y TÉCNICAS</b>
Déficit de autocontrol y afrontamiento de situaciones estresantes	-Identificar situaciones que producen estrés y obtener la capacidad para afrontarlas -Adquirir estrategias de	-Entrenamiento autocontrol de emociones: control de pensamientos negativos -Entrenamiento control de la ansiedad: relajación,

	autocontrol -Responder a las situaciones estresantes con conductas adaptativas	respiración... -Realizar un programa con el fin de obtener pautas para el manejo del estrés -Pautas para el manejo de la ira
Dificultad en el manejo social y habilidades sociales complejas	-Lograr la identificación y el manejo de emociones -Mejorar habilidades sociales de tipo complejas -Incrementar la comunicación empatía y asertiva	-Programa para el entrenamiento de habilidades sociales: sesiones sobre comunicación, autoestima, peticiones, conflictos... -Acudir a talleres grupales acorde a sus intereses
Capacidad deficiente para la resolución de problemas	-Mejorar la capacidad para la resolución de problemas -Responder de forma adaptativa tras la imposibilidad de resolver un problema	-Programa para el manejo y la resolución de problemas -Aprender estrategias. -Trabajar la identificación de las situaciones conflictivas -Pautas para el manejo de la ira y la frustración

### **CAPACIDAD COGNITIVA**

Objetivo general: Medio plazo

Conservación y mantenimiento de aquellas capacidades que el usuario presenta en niveles adecuados y mejorar, en la medida de lo posible, aquellas en las que hay ligera deficiencia, con el fin de llevar una vida autónoma.

<b>PROBLEMA</b>	<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	<b>ACCIONES Y TÉCNICAS</b>
Habilidades cognitivas básicas: falta de atención y memoria del trabajo	-Aumentar niveles de atención y concentración -Aumentar niveles de memoria	-Práctica diaria de ejercicios de estimulación y rehabilitación cognitiva para aumentar y mejorar la atención y la memoria
Capacidad de aprendizaje disminuida	-Lograr una mayor capacidad de aprendizaje para la asimilación de información y la adaptación al medio	-Práctica diaria de ejercicios utilizando técnicas como la imitación, multisensorialidad, esquemas, creatividad...

<b>AUTONOMÍA BÁSICA</b> Objetivo principal: Medio-largo plazo Lograr que el usuario sea capaz de manejar su entorno de forma autónoma y normalizada: limpieza, orden, dinero, etc.		
PROBLEMA	OBJETIVO ESPECÍFICO	ACCIONES Y TÉCNICAS
Déficit en el manejo del entorno con dependencia hacia terceras personas	-Aprender técnicas para un buen manejo del entorno. -Aumentar el sentimiento de responsabilidad. -Aumentar la motivación.	-Talleres básicos sobre limpieza, ahorro, etc. -Supervisión en el centro -En domicilio: Sesiones con J y su madre para ir trabajando una separación constructiva.
<b>AUTONOMÍA SOCIAL</b> Objetivo principal: Medio plazo Potenciar la vida social del usuario consiguiendo que éste conozca y explore las diferentes formas de utilizar y disfrutar de su tiempo libre o de ocio. Aumentar su motivación para realizar diversas actividades en su tiempo libre.		
PROBLEMA	OBJETIVO ESPECÍFICO	ACCIONES Y TÉCNICAS
Déficit de actividades recreativas o físicas fuera del recurso asistencial	-Conocer la oferta de actividades recreativas o físicas en su zona. -Potenciar la motivación y el interés -Realizar alguna actividad fuera del recurso residencial	-Conseguir información de diferentes recursos de su entorno: ayuntamiento, escuela de fútbol, centro social, etc. -Incentivar la participación en actividades nuevas. -Trabajar la motivación.
Relaciones sociales mínimas y tóxicas	-Mejorar habilidades sociales -Lograr relaciones sociales adecuadas	-Entrenamiento en habilidades sociales. -Trabajar el autoestima y el estigma. -Participar en talleres, grupos de ayuda mutua, etc.

<b>SOPORTES SOCIALES</b> Objetivo general: Corto-Medio plazo Aumentar y mantener una red de apoyo social, familiar y residencial saludable y estable para poder llevar una vida autónoma y normalizada.		
PROBLEMA	OBJETIVO ESPECÍFICO	ACCIONES Y TÉCNICAS
Escaso y variable apoyo familiar	-Conseguir un clima familiar estable y seguro -Mejorar las relaciones	-Psicoeducación: para empezar a trabajar, es importante que su familia

	familiares (madre y hermano) y aumentar la confianza entre ellos.	conozca todo lo relacionado con el trastorno mental de J. -Promover la comunicación asertiva -Aumentar y reforzar la confianza entre familiares -Animar en la participación en este proyecto -Proponer y animar a unirse a la asociación de familiares y enfermos de salud mental en Alcantarilla con la intención de colaborar e integrarse en sus actividades
Apoyo social adecuado inexistente	-Ampliar red social -Conocer nuevas personas dentro de un entorno más saludable -Mejorar autoconfianza -Eliminar autoestigma	-Desarrollar y entrenar habilidades sociales como la empatía y la asertividad. -Ayudar a encontrar nuevas actividades con la intención de conocer nuevas personas. -Reestructuración cognitiva
Escasa participación en recursos no residenciales	-Participar en alguna actividad lúdica organizada por el ayuntamiento como por ejemplo fútbol -Participar y colaborar en los talleres propuestos por Afesa en Alcantarilla -Participar en grupos de terapia	-Animar a participar en nuevas actividades y recursos -Seguir trabajando el autoestigma y la confianza. -Informar sobre el funcionamiento de los talleres de Afesa o de grupos de ayuda mutua y animar a participar.

### ASPECTOS CLÍNICOS

Objetivo general: Corto-medio plazo

Trabajar para conseguir una mejoría clínica disminuyendo las crisis sufridas por el usuario con la intención de lograr una situación clínica estable, que le permita al usuario llevar una vida normalizada.

PROBLEMA	OBJETIVO ESPECIFICO	ACCIONES Y TÉCNICAS
-Crisis con pérdida de control	-Conseguir un buen control de impulsos -Aumentar tolerancia a la frustración	-Terapia cognitivo-conductual -Técnicas de relajación y control de ansiedad

	-Mejorar identificación de emociones	-Técnicas de afrontamiento -Actividades de conciencia emocional
-Conciencia parcial de enfermedad	-Aumentar la conciencia de enfermedad	-Psicoeducación -Trabajar el autoconcepto y la autoestima. -Reforzar pensamientos ya existentes acerca de la enfermedad. -Asistencia a grupos de ayuda mutua con personas que padecen el mismo trastorno. -Animar a la familia a asistir a dichas actividades
-Parcial adherencia al tratamiento (11)	-Adherencia al tratamiento -Aumentar información psicofarmacológica -Obtener colaboración familiar	-Psicoeducación -Información psicofarmacológica: mecanismo de acción, efectos secundarios, beneficios... -Informar sobre el objetivo del tratamiento y las consecuencias de tomarlo de forma irregular. -Animar a expresar sus dudas y dificultades respecto al tratamiento. -Toma de decisiones compartida. -Animar a la familia a participar.

## B. DESARROLLO DEL PLAN

### 1. EJECUCIÓN

Aquí se describe la secuencia de intervenciones y técnicas llevadas a cabo durante el desarrollo del plan individualizado.

- En un primer momento, trabajaremos con el usuario de forma individual en aquellas áreas en las que necesita mejorar, empezando por actividades más simples hasta llegar a otras más complejas. Primero se elaborará con el usuario una agenda o guía de actividades a realizar para lograr los objetivos del

proyecto, teniendo en cuenta en todo momento la motivación y las decisiones de nuestro usuario, ya que nuestra función será la de acompañar.

Inicialmente, comenzaran las sesiones de psicoterapia y Psicoeducación, las cuales se sostendrán en el tiempo y estarán presentes durante todo el proceso.

Las sesiones de psicoterapia serán realizadas por la psicóloga del centro con un enfoque cognitivo-conductual y las sesiones de psicoeducación serán realizadas por la psicóloga y la enfermera de salud mental con el objetivo de acompañar a la psicoterapia, informar sobre todo lo relacionado con el trastorno mental, dar apoyo emocional, favorecer la autoayuda, etc. Estas últimas, en un primer lugar se realizaran de forma individual y después, de forma grupal junto con familia o compañeros del centro. Ambas intervenciones serán la base para lograr el resto de objetivos y finalmente alcanzar un mayor grado de empoderamiento.

Se trabajará con el usuario en aquellas áreas que durante la evaluación hemos detectado, de forma conjunta, como deficientes.

Se realizaran intervenciones basadas en el programa de actividades de la vida diaria (AVD) con el fin de mejorar el orden de su habitación y su ropa, mantenimiento de zonas comunes y apoyo en tareas del hogar. Se pacta con el usuario el acompañamiento y supervisión por parte del personal sanitario cuando realice dichas actividades en la residencia y supervisión por parte de su madre cuando esté en su domicilio. Igualmente se acordará con el usuario una rutina de sueño con la intención de dormir un número mínimo de horas y así favorecer el descanso y el rendimiento.

A nivel psicopatológico se trabajarán problemas tales como el déficit de control de impulsos, afrontamiento ineficaz y baja tolerancia a la frustración. Se intervendrá a través de técnicas de conciencia emocional, técnicas de relajación individual y, como en otros aspectos, terapia cognitivo-conductual. Como punto a destacar, trabajaremos la resolución de problemas y se elaborará un plan de crisis en el cual se reflejarán pautas a seguir para evitar una crisis o como actuar en caso de que se produzca una pérdida de control.

Durante todo el proceso, será vital reforzar todos aquellos aspectos conseguidos con el objetivo de aumentar su autoestima y la sensación valía.

- En segundo lugar, las intervenciones irán encaminadas al ámbito familiar y social. En el momento actual, J cuenta con su hermano y su madre aunque de

forma parcial. Contactaremos con su familia y los animaremos a participar en talleres de Psicoeducación para que conozcan mejor la enfermedad de J.

También se propondrán talleres basados en la mejora de habilidades de comunicación con el fin de establecer modos de comunicación adecuados basados en la empatía, la comprensión o la expresión de emociones.

Además, animaremos a la familia de J a participar en los talleres realizados por Afesa dirigidos a familiares de usuarios con TMG como son, los talleres de psicoeducación o de apoyo emocional.

Por otro lado, trabajaremos individualmente con J otros aspectos como son las habilidades sociales dirigidas al ámbito mas social, el estigma y el autoestima.

Se coordinará con Afesa la asistencia de J a algún taller que le motive con el fin de fomentar su vida social, y también se estimulará en la participación de grupos de Apoyo mutuo o terapia grupal.

Durante todo este proceso, reforzaremos logros y se identificaran y registraran todos aquellos puntos que hayan sido de mayor dificultad.

- Por ultimo, trabajaremos todo aquello relacionado con la transición a piso tutelado. En esta etapa se trabajará en aquellas situaciones que todavía entrañan alguna dificultad para el usuario. Sobre todo, se intentará actuar sobre aquellos riesgos o complicaciones que pueden aparecer en este cambio de vivienda. Pondremos en marcha, de forma conjunta, un proyecto o plan en el cual se establezcan pautas a seguir en este cambio, mecanismos de afrontamiento y protección, etc.

## 2. TRATAMIENTO Y EVALUACIÓN

- ESCALAS Y TÉCNICAS DE EVALUACIÓN

- Funcionamiento psicosocial:
  - Escala de Valoración del Desempeño Psicosocial -EVDP- (Blanco, Pastor y Cañamares, 1992).
- Funcionamiento cognitivo:
  - Escala SCIP-S (Pino et al., 2014).
- Afrontamiento social y familiar:

-Escala de habilidades sociales -EHS- (Gismero, E., 2000).

-Cuestionario de función familiar Apgar -APGAR- (Bellon JA, Delgado A, Luna del Castillo JD, Lardelli P., 1996)

➤ Calidad de vida:

-WHOQOL-BREF (OMS, 1993).

➤ Aspectos clínicos:

-Escala HoNOS -Health of the Nation Outcome Scales- (Wing, Beevor y Curtis, 1996).

-Escala de Control del Impulso Ramón y Cajal -ECIRyC- (Ramos Brieva JA., 2002).

-Inventario de actitudes hacia la medicación -DAI- (Robles R, Salazar V, Páez F, Ramírez F.,2004).

➤ Entrevistas semiestructuradas

➤ Observación

- EVALUACIÓN Y OPINIÓN DEL USUARIO

La idea es realizar una evaluación continua a través del feedback. Se evaluará en cada encuentro las intervenciones realizadas mediante observación y discusión con la intención de valorar los resultados obtenidos y la sensación percibida por el usuario.

Por ultimo, se realizará una evaluación al finalizar el proceso completo. Esta ultima, consistirá en un resumen de lo realizado y conseguido, cierre, opinión y devolución.

En un primer momento, dejo constancia de algunos comentarios del usuario en los primeros encuentros e intervenciones:

<<Seguro que ya he hecho casi todo lo que dices que vamos a hacer, pero me caes bien y no tengo nada mejor que hacer (...) normalmente no suelo contar toda mi historia, siempre oculto cosas o cambio cosas (..) esta vez intentaré ser sincero...>>

<<Necesitaba trabajar mi control, tengo mucho nervio y salto enseguida (...) Además no se actuar cuando algo me molesta, siempre me pongo a la defensiva y ataco (...) creo que ahora me conozco más y puedo pensar antes de actuar.>>

<<Cuando iba a casa no hacia nada ni salía (..) supongo que me daba vergüenza salir solo o que me vieran siempre con mi madre. Vivo en un pueblo y mucha gente me mira



y pensarán que no soy buena persona(...). Ahora entiendo que esto es el estigma y que tengo que trabajar para cambiarlo (...) hacer amigos, confiar en mí...>>

-Fragmentos último encuentro:

<<Creo que todo este tiempo me ha sido muy útil, me siento mejor que al principio, como más tranquilo o aliviado. Ahora se porque sentía o hacía ciertas cosas (...) ahora conozco más acerca de mi enfermedad y en cómo me afecta. (...) Las clases de psicoeducación me han ayudado en todo esto, y no solo a mí, sino también a mi familia (...). Veo que ahora mi madre se preocupa más por entenderme y mi hermano intenta ser más cercano.>>

<<El manejo de la ira y la frustración han sido muy importantes para mí en este proceso. La gran mayoría de problemas que tenía se debían a eso, no aguantaba nada y además siempre quería que todo saliera como yo tenía pensado. (...) Después de trabajar contigo la frustración y de realizar técnicas de relajación o de control de impulsos, me doy cuenta que todavía me queda trabajo. (..) Creo que cada vez resuelvo mejor mis problemas, e intento hablar antes de pensar en negativo, pero todavía me cuesta, sobretodo en casa.>>

<<Hacer amigos si que me hacia falta (...) Entre mi carácter, mi poca paciencia y mi desconfianza, nunca conseguía mantener amigos durante mucho tiempo, y los que mantenía, no eran los más convenientes.(...) Lo más fácil hubiera sido volver con mis antiguos amigos, pero no quiero eso (...). Antes de empezar esto, no sabía que era la empatía o la escucha activa...quizás lo había oído decir, pero nunca lo había practicado. (...) Además, ahora intento confiar más en mí, no pensar en lo que opina la gente o mejor dicho, dejar de pensar que la gente me critica o me mira (...) Antes esto me afectaba bastante para salir a la calle y esas cosas...>>

<<La verdad es que se me ha pasado todo esto muy rápido, he estado muy agusto y cómodo. Al principio me costó abrirme, pero más tarde cogí confianza y solté todo.(...) Me da pena que te vayas porque creo que me has ayudado mucho (...) Todavía queda hacer muchos cambios y seguir trabajando en todo lo que hemos empezado, pero se que quiero seguir con mi vida en otro sitio (...) Ahora mismo mi único deseo es conseguir mi objetivo.>>

- EVALUACIÓN Y OPINIÓN FAMILIAR

En este caso, sólo hubo un encuentro con la familia de J para conocer su opinión y evaluación. Este encuentro ocurrió al finalizar el proceso con la intención de conocer todo lo que pensaban de las actividades realizadas, de la actitud de J, de su evolución, de los resultados, etc.

<<Empezar todo esto me daba un poco de miedo (...)nunca hemos tenido tanta información sobre lo que le pasaba a J. Nunca hemos ido a charlas ni a talleres ni cosas así (...). Ahora me arrepiento de no haber ido antes, creo que hubiera cambiado mi forma de actuar a veces (...), creo que ahora lo conozco y lo entiendo más.>>

<<Yo era la primera que lo trataba como un niño, lo protegía, no quería que hablaran de él (...) Ahora me doy cuenta que eso no lo ayudaba y quiero confiar en él.>>

<<Nuestra relación siempre ha sido fría y distante, discutíamos mucho, hemos pasado muchas cosas (...) Espero que después de esto, nuestra relación sea distinta y podamos hablar como hermanos que somos.>>

- EVALUACIÓN PROFESIONAL Y PERSONAL

La evolución de J durante mi estancia en el recurso ha sido adecuada y favorable.

Al principio de esta aventura, el usuario se mostraba desconfiado y suspicaz. Por otro lado, parecía que su intención era buscar protagonismo y relataba historias irreales y fantásticas. Se encontraba adaptado al recurso en cuanto a horarios y rutinas, aunque no se sentía cómodo. El usuario no se sentía identificado con el resto de compañeros ni sentía que ese fuera su lugar, y esto le enfadaba y le provocaba estar siempre a la defensiva.

En cuanto a su familia, ocurría algo parecido ya que el usuario se sentía abandonado. Refería necesitar salir más a su casa, y eso dependía en mayor medida de su madre. Existía una falta de comunicación y confianza que fue mejorando durante el programa.

La mayoría de estas complicaciones presentes en varias líneas de la vida de J, se debían sobretodo a un mal control o una mala adaptación. El usuario mejoró y evolucionó en este aspecto, lo que le llevo a arreglar otros ámbitos estrechamente asociados como su

vida social y familiar, su autoestima o su estabilidad emocional. En los últimos encuentros, el usuario reconocía las situaciones conflictivas, controlaba sus emociones y reaccionaba a cada situación de forma más normalizada utilizando herramientas proporcionadas.

En la actualidad, el usuario únicamente consume tabaco, y en el centro se supervisa de tal forma que los usuario pueden fumar un cigarro cada hora. El usuario toleraba bien esta situación por lo que se trabajo también la reducción del consumo.

En general, la evolución de J fue satisfactoria y favorable. Mejoró su actitud hacia los demás, mostrándose más confiado, social y empático, y además mejoro la visión sobre sí mismo, logrando un aumento de autoestima.

Será necesario continuar con las intervenciones y actividades programadas para seguir mejorando todos aquellos aspectos que puedan ser una dificultad para lograr el empoderamiento.

A continuación, se redacta la evaluación del usuario por apartados según áreas problema:

➤ Cambios observados por áreas tras la intervención:

-Autocuidado y hábitos de vida saludables: Higiene personal adecuada. Más iniciativa para ayudar en las tareas domésticas. Se observa menor dependencia hacia terceros, sobretudo hacia su madre. A pesar de que reconoce la necesidad de tener vida propia, siendo preciso la separación de su madre, hay que seguir trabajando con ambos dicho aspecto para que sea una separación sana. Mejora en cuanto al orden de su habitación y su ropa, aunque necesita supervisión en ocasiones. Reducción del consumo de tabaco y mayor control. Nulo consumo de tóxicos. Ha mejorado los hábitos de sueño mediante la reducción del uso del televisor y el establecimiento de rutinas y horarios fijos.

-Afrontamiento personal y social: En este caso era necesario trabajar y mejorar aspectos individuales para poder conseguir logros a nivel social. Se trabajaron puntos clave que el usuario identificó como problemáticas como la baja tolerancia a la frustración, el control de impulsos o la desconfianza. Todos estos aspectos mejoraron notablemente, el usuario aprendió en gran medida, a identificar aquellas situaciones que pueden hacerle perder el control y trabajó en la realización de técnicas para el manejo de la ansiedad o

la ira y la resolución de problemas de forma efectiva. Además, se trabajó con él el aumento de la confianza en si mismo, y con ello, la confianza en los demás. A pesar de estos logros, es necesario continuar con los entrenamientos.

-Capacidad cognitiva: Es necesario continuar con los entrenamientos y las actividades cognitivas propuestas. Además, sería útil la realización de algún curso de formación profesional.

-Autonomía básica: Higiene personal adecuada. Ordena su ropa y habitación de forma más autónoma, precisando supervisión en mínimas ocasiones.

-Autonomía social: A demanda del usuario se trabajaron habilidades sociales con el objetivo de aumentar y mantener un buen círculo social. Se observó una mejora en cuanto a este aspecto, aumentando sobretudo la empatía y la escucha. Es necesario seguir trabajando, ya que todavía aparecen dificultades en ciertos aspectos como la expresión de sentimientos. Al finalizar las prácticas, el usuario acudía a Afesa y realizaba actividades de ocio y tiempo libre, y acude a grupos de apoyo mutuo.

-Soporte familiar y social: En este aspecto, me refiero únicamente a su hermano y su madre. Se ha producido un aumento del acercamiento familiar con mejora de la relación. Se observa más implicación en el tratamiento y en la mejora de la calidad de vida, por parte de la familia del usuario. El usuario se objetiva menos suspicaz y con intención de que la relación familiar funcione. Al finalizar la estancia, el usuario recibe más llamadas y visitas, además de salidas al domicilio de su madre. En cuanto a los compañeros, el usuario mantiene relaciones sanas con algunos.

-Aspecto clínicos: Buena evolución y cambios significativos desde el inicio de la intervención.

La puntuación en la escala HoNOS (Wing, Beevor y Curtis, 1996) se vio reducida de forma importante, mostrando sobretudo una disminución en el primer ítem, el cual va dirigido a la conducta hiperactiva, agresiva, disruptiva o agitada.

También se observó un descenso en la puntuación general de la escala de Control del Impulso Ramón y Cajal -ECIRyC- (Ramos Brieva JA., 2002), la cual mostró tras la realización del programa una disminución destacada en el factor I: impulsividad. Sin embargo, respecto a esta escala, no se aprecian cambios en cuanto al factor IV: riesgo.

Otro aspecto a destacar dentro de este apartado, es la mejoría en cuanto a la adherencia al tratamiento. Tras ofrecerle información y trabajar la conciencia de enfermedad, el usuario mostró a través del Inventario de actitudes hacia la medicación -DAI- (Robles R, Salazar V, Páez F, Ramírez F.,2004), una respuesta más positiva y aceptada hacia esta.

A parte de realizar junto al usuario el programa, también he podido reflexionar sobre ciertos aspectos que aparecieron en mi mente al principio de estas prácticas:

-Plan terapéutico individualizado: es necesario conocer los problemas o necesidades de cada usuario y actuar de acuerdo a estos. Es trabajo de los profesionales averiguar esas necesidades a través de una buena evaluación. Para que un tratamiento o intervención tenga éxito, es vital que vaya enfocado a un objetivo y éste dependerá de las características de cada paciente. En mi caso, observé como en el recurso, se realizaban siempre las mismas actividades. Es cierto que es útil tener un horario y una rutina pero, en mi opinión no se pueden realizar las mismas actividades con usuarios tan dispares. Esto provocará que el usuario no se sienta motivado o animado para realizar dichas actividades, dando lugar a un estancamiento en su evolución.

-Paternalismo: He trabajado en diferentes recursos, no solo en Salud mental, y no había conocido este termino hasta empezar la residencia. Existen infinidad de profesionales y cada uno con una forma de trabajar diferente, pero es en salud mental, donde predomina ese poder decisión por “el bien del paciente”. El recurso en el cual realicé las practicas, pude ver acentuado este término. A medida que el usuario se encontraba más deteriorado o era más dependiente, más se decidía por él. En muy pocas ocasiones vi que el usuario decidiera, o que se fomentara su autonomía. Esta en nuestras manos que el usuario decida por sí mismo después de conocer toda la información, esta en nuestras manos conseguir que la sociedad respete y defienda sus derechos.

-Tratamiento farmacológico vs psicológico: Durante mi estancia en el recurso, he podido ver que aunque éste vaya encaminado hacia la rehabilitación, todavía sigue primando el tratamiento farmacológico en detrimento de otros tratamientos. Existe todavía esta idea de “lo que yo creo que es más adecuado para el usuario”, que aparece en numerosos apartados y que impide la evolución y el crecimiento del usuario.

Algunos países como Noruega, Finlandia (Laponia), iniciaron una terapia sin tratamiento farmacológico en la cual primaba la psicología, llamado Diálogo abierto.

Este se caracteriza por “la libertad del paciente, sin tratamientos forzosos y sin medicamentos como el eje central”. Aunque nuestro país sigue evolucionando cada día en la mejora de aspectos como éste, creo que todavía se le da una gran importancia al tratamiento farmacológico, y en numerosas ocasiones sin intentar otras alternativas. (12)

-Estigma familiar: Aunque los trastornos mentales cada vez tengan una mayor visibilidad y por ello una mayor tolerancia o integración, todavía sigue existiendo una desinformación importante que produce discriminación hacia los usuarios. En este caso, quería centrarme en el estigma familiar ya que nuestro usuario sentía una falta de comprensión y tolerancia por parte de su familia. En este aspecto, los profesionales tenemos un gran papel. He visto muchas familias salir del hospital después de un primer ingreso con miedo y temor por no saber que pasará en casa, y esto se debe a una falta de información. Existen numerosos usuarios con un difícil manejo, por lo que esas familias van a necesitar conocer la información sobre la enfermedad, conocer qué aspectos de su familiar pueden estar producidos por el trastorno, aprender técnicas que les faciliten el manejo, etc.

Además, en este punto creo que también es de vital importancia la participación de las asociaciones. Como en nuestro caso, la asistencia de la familia a las charlas de la asociación, favorecieron la relación y disminuyeron el estigma hacia el usuario.

-Trastorno de la personalidad, ¿caso perdido?: Como cualquier trastorno mental, el trastorno de personalidad es de corte crónico. No hay una cura como tal pero si se pueden llevar a cabo intervenciones para poder lograr una vida normalizada y autónoma. ¿Por qué damos mayor importancia o mayor relevancia a unas patologías mentales en detrimento de otras? ¿Por qué sigue existiendo estigma profesional hacia ciertas patologías? Este tipo de preguntas son las que he podido reflexionar durante mis prácticas. Creo que todavía existe cierto estigma en el ámbito sanitario hacia los usuarios con trastorno de personalidad ya que creo que lo difícil en ocasiones, provoca rechazo. Usuarios con difícil manejo que a veces pueden requerir un esfuerzo mayor. En mi caso, creo que un plan individualizado puede favorecer el trabajo con dicho usuario. Ayudar a que el usuario se conozca identificando sus cualidades y sus defectos, y además, el aprendizaje de habilidades y técnicas de control y gestión de emociones, ayudará en la mejoría clínica y aumentará la calidad de vida del usuario. (10)

## VI: Referencias Bibliográficas

1. Murguialday C, Pérez de Armiño K, Eizaguirre M. Diccionario de acción comunitaria y cooperación al desarrollo. Universidad del País Vasco. C2005-2006. Disponible en: [www.dicc.hegoa.ehu.es](http://www.dicc.hegoa.ehu.es).
2. Hernández Monsalve M. Rehabilitación psicosocial. Perspectiva actual y directrices de la Reforma Psiquiátrica. Estudios de psicología, 2011; 16(3), 295-303.
3. Hernández Monsalve M. La rehabilitación psicosocial entre la desinstitutionalización y la recuperación. Rev. de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2017; 37 (131): 171-187.
4. The President's New Freedom Commission on Mental Health: Transforming the Vision. The Nineteenth Annual Rosalynn Carter Symposium on Mental Health Policy, November 5 & 6, 2003. Disponible en: <http://www.cartercenter.org/documents/1701.pdf>.
5. Gabay PM. Recuperación. Un nuevo paradigma para la Psiquiatría. Rev. Arg. de Psiquiat. 2011; Vol. XXII: 454 - 461.
6. González Cases J, Rodríguez González A. Programas de rehabilitación psicosocial en la atención comunitaria a las personas con psicosis. Rev. Clínica y Salud. 2010; 21 (3): 319-332.
7. Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para Europa (2010). Empoderamiento del usuario de salud mental. URL disponible en: [http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Declaracion\\_Empoderamiento\\_OMS.pdf](http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Declaracion_Empoderamiento_OMS.pdf).
8. Thornicroft G. Elementos para combatir la discriminación de las personas con enfermedad mental. Rev. Norte de Salud Mental. 2007; (28): 16-22.
9. Mosquera D, González A. Del apego temprano a los síntomas del trastorno límite de personalidad. Rev, Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia. 2013; 3 (3): 1-35.
10. Amigó S, Caselles A, Micó JC. El rigen de los trastornos mentales: un nuevo enfoque desde el estudio de la dinámica de la personalidad. Rev. Internacional de sistemas. 2017; 21 (1): 17-22.

11. García I, Granada JM, Leal MI, Sales R, Lluch MT, Fornés J, Rodríguez A, Giner J. Adherencia al tratamiento en la esquizofrenia: Consenso de enfermería en salud mental. Actas. Esp.Psiquiatr. 2010; 38 (supl. 1): 1-45.
12. Montaña P. Diálogo abierto. Nueva Psiquiatría; 2018. Disponible en : <https://nuevapsiquiatria.es/?p=5819>
13. Banco de instrumentos y metodologías en salud mental. Centro de investigación biomédica en red de salud mental. 2015. Disponible en : <https://bi.cibersam.es>
14. Escala de Calidad de Vida de WHOQOL-BREF. “Desarrollo de Programas de Tratamiento Asertivo Comunitario en Andalucía. Documento marco”. Anexo 3.1. Servicio Andaluz de Salud, 2010.
15. Celedón Rivero JC, Elena Cogollo M, Barón García B, Miranda Yáñez M, Martínez Bustos P. Estilos de apego en un grupo de jóvenes con rasgos antisociales y psicopáticos. Rev. Encuentros. 2016; 14(1): 151-165.



## VII: Anexos

### ➤ Escalas y técnicas de evaluación

#### 1. *Funcionamiento psicosocial:*

- **Escala de Valoración del Desempeño Psicosocial -EVDP-** (Blanco, Pastor y Cañamares, 1992) → Escala que evalúa la autonomía y el desempeño en diferentes áreas de funcionamiento de la persona con TMG. Se divide en dos áreas: Competencia personal y soportes sociales. A su vez, cada área, evalúa diferentes ejes.

	EJE	PUNTUACION	PRECISA INTERVENCION
COMPETENCIA PERSONAL	EJE 1: CAPACIDAD DE CUIDADOS	6	NO
	EJE 2: AFRONTAMIENTO	8	NO
	EJE 3: AUTONOMIA	7	NO
	EJE 4: CAPACIDAD LABORAL	5	NO
	EJE 5: ASPECTOS CLÍNICOS	4	
	TOTAL	30	
SOPORTES SOCIALES	EJE 6: SOPORTES	13	SI
	TOTAL	13	
	PUNTUACION GLOBAL	33	

#### 2. *Funcionamiento cognitivo:*

- **Escala SCIP-S** (Pino et al., 2014) → El instrumento SCIP-S permite realizar de forma rápida una evaluación de los deterioros cognitivos en

psicosis y patologías afectivas. Contiene 5 subtests que miden diferentes dominios cognitivos: memoria de trabajo, aprendizaje verbal, fluidez verbal, evocación diferida y velocidad de procesamiento de la información.

FACTORES	PERCENTIL
Aprendizaje verbal inmediato (AV)	70
Memoria de trabajo (MT)	45
Fluidez Verbal (FV)	80
Aprendizaje verbal diferido (AV-D)	42
Velocidad de procesamiento (VP)	78
TOTAL	

### 3 *Afrontamiento personal y social*

- **Escala de habilidades sociales -EHS-** (Gismero, E., 2000)—> Este cuestionario compuesto por 33 ítems explora la conducta habitual del sujeto en situaciones concretas y valora hasta qué punto las habilidades sociales modulan estas actitudes. Se divide en 6 subescalas: Autoexpresión en situaciones sociales, defensa de los propios derechos como consumidor, expresión de enfado o disconformidad, decir "no" y cortar interacciones, hacer peticiones e iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto.

ITEM	PERCENTIL	NIVEL
Autoexpresión en situaciones sociales	60	Medio
Defensa de los propios derechos como consumidor	60	Medio
Expresión de enfado o disconformidad	95	Alto
Decir no y cortar interacciones	85	Alto
Hacer peticiones	35	Medio
Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto	10	Bajo
TOTAL	85	Alto

- **Cuestionario de función familiar Apgar -APGAR-** (Bellon ,JA., Delgado, A., Luna del Castillo, JD., Lardelli, P. 1996)—>El cuestionario APGAR Familiar explora la funcionalidad familiar. El acrónimo APGAR hace referencia a los cinco componentes de la función familiar:

adaptabilidad, cooperación, desarrollo, afectividad y capacidad resolutive.

- Puntuación total: 10 → Disfunción moderada

#### 4 Calidad de vida

- **Escala WHOQOL-BREF** (WHOQOL Group , 1993)—> Esta escala proporciona un perfil de calidad de vida percibida por la persona. Esta versión produce un perfil de cuatro dimensiones: Salud física, Salud psicológica, relaciones sociales y ambiente.

FACTORES	PUNTUACION
Calidad de vida global	2
Salud general	2
Salud física	13 1,85
Salud psicológica	17 2,83
Relaciones sociales	5 1,66
Ambiente	19 2,37

#### 5 Aspectos clínicos

- **Escala HoNOS -Health of the Nation Outcome Scales-** (Wing, Beevor y Curtis, 1996)—> Escala diseñada para medir los diversos problemas físicos, personales y sociales asociados a la enfermedad mental. Esta escala cuenta con 12 ítem. A mayor puntuación, mayor gravedad.

ITEM	PUNTUACION
Conducta hiperactiva, agresiva o agitada	3
Autolesiones no accidentales	0
Consumo problemático de alcohol o drogas	0
Problemas cognitivos	1
Problemas de enfermedad física o discapacidad	0
Problemas asociados a la presencia de ideas delirantes y alucinaciones	1
Problemas en relación con el humor depresivo	1
Otros problemas mentales o conductuales	2
Problemas con las relaciones	3
Problemas con las actividades de la vida cotidiana	1

<b>Problemas con las condiciones de vida</b>	2
<b>Problemas en relación con la ocupación y las actividades</b>	1
<b>TOTAL</b>	15

- **Escala de Control del Impulso Ramón y Cajal -ECIRyC-** (Ramos Brieve JA., 2002)—> Escala diseñada para medir la impulsividad. Esta escala se compone de 4 factores: Impulsividad, inmediatez, imposición, riesgo.

FACTORES	PUNTUACION
FACTOR I: Impulsividad	15
FACTOR II: Inmediatez	9
FACTOR III: Imposición	8
FACTOR IV: Riesgo	5
<b>TOTAL</b>	37

- **Inventario de actitudes hacia la medicación -DAI-** (Robles R, Salazar V, Páez F, Ramírez F.,2004)—> El inventario DAI valora la respuesta subjetiva a la medicación antipsicótica. Esta versión breve esta formada por 10 ítems que se refieren al efecto percibido de la medicación.

1.Para mí lo bueno de la medicación supera lo malo	Falso
2.Me siento raro, como un zombi con la medicación	Verdadero
3.Tomo medicación por decisión mía	Falso
4. La medicación hace que me sienta más relajado	Verdadero
5. La medicación hace que me sienta más cansado y lento	Verdadero
6. Tomo medicación solo cuando estoy enfermo	Falso
7. Me siento más normal con la medicación	Falso
8. Es antinatural para mi mente y mi cuerpo estar controlado por medicaciones	Falso
9. Mis pensamientos son más claros con la medicación	Verdadero
10. Por estar con medicación puedo prevenir estar enfermo	Verdadero

• **LÍNEA DE VIDA**

1979	1os años	1983-1992	1993	1994	1995	1996	1997	2000	2004
N A C I M I E N T O	EDAD aproximada								
	INFANCIA	4-13	14	15	16	17	18	21	25
		COLEGIO	INSTITUTO					PRISION	
	Menor de 4 hermanos	Sociable y travieso	Nuevos amigos	Consumo de tabaco y cannabis	Conflictos con profesores y compañeros	Salida de instituto	Inicio consumo de cocaína	Pena de prisión de 3 años	Relación de pareja (2 años)
	Sin conflictos	Inquieto con tendencia al enfado	Perdida de interés por estudiar	Faltas de asistencia		Trabajo de albañil	Primera crisis	Delitos de hurtos y drogas	1º Ingreso en Htal. (actitud violenta)
		Peleas escolares					Primer contacto con CSM	Grupo Matrix	Proyecto hombre (2 meses)
		Disputas familiares				Actitud violenta + hurtos			

2005	2006	2009	2015	2017	2019
Edad aproximada					
26	27	30	36	38	40
	RECURSO RESIDENCIAL				
Relación de pareja (2 años)	Alternativa pena de prisión	Incapacidad judicial	3ª Residencia	Fallece padre	Estable
2º ingreso Hosp. (intento autolítico)		2ª Residencia	Ultimo ingreso hospitalario		No consumo toxicos
	Contención y actividades lúdicas				
	Varios ingresos hospitalarios			Varias crisis	